

performed on 25 (62.5%) patients, repeated - in 15 cases (37.5%). The intrinsic transsphenoidal (37 (78.7%) cases) and transcranial (10 (21.3%) cases) surgical approaches and their combination were used.

Results. There were systematized clinical manifestations of a disease, performed principles of diagnostics of giant pituitary adenomas and analyzed features of surgical tactics. The authors suggested optimal diagnostic examinations for providing surgical diagnosis which allow developing optimal treatment strategy in patients with giant pituitary adenomas.

Conclusions. The planning adequate surgical treatment strategy in patients with giant pituitary adenomas should be based on a comprehensive assessment of the results of a complete range of clinical diagnostic methods of research. Determination of optimal clinical diagnostic measures allows individualizing used treatment regimens. As a result of comprehensive evaluation and comparison of the results of diagnosis, in preoperative period, there was improved the surgical and clinical outcomes, and reduced postoperative mortality to zero.

Key words: giant pituitary adenoma, surgical approach, clinical features, surgical diagnosis, treatment strategy.

© КОЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

Ноуреддин А.Ю. Шахин., О.А. Цимейко, И.И. Скорохода, В.В. Мороз,
А.Д. Сидорак

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ-ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИИ

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
НАМН Украины»

Введение. Инсульт является одной из ведущих место среди заболеваний, как причина смерти и инвалидизации больных, в результате чего огромные экономические потери для государства.

Цель. Оптимизировать хирургическое лечение аневризмы заболевание головного мозга на основе сравнительного анализа эффективности, эндоваскулярных и микрохирургических методов.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении неотложной сосудистой нейрохирургии Института нейрохирургии. Акад. А.П. Ромоданова. С ноября 2008 года по октябрь 2012 года, результаты лечения 159 пациентов, у которых разрыв аневризмы в остром периоде. В исследование были включены пациенты с аневризматическому субарахноидальное кровоизлияние.

Результаты. При выполнении любого вида вмешательства для аневризм во всех случаях стремятся к радикальным аневризму из кровообращения. Традиционное утверждение, что полного отключения аневризмы из кровотока является ключом к профилактике повторных или первичные кровотечения, аневризмы рецидива или увеличение, заставляет рассматривать критерию радикализма как основной показатель качества, хирургический этап лечения пациент с болезнью аневризмы.

Выводы. Результаты внутрисосудистого и микрохирургического лечения аневризматической болезни в остром периоде кровоизлияния преимущественно определяются формой

и массивностью субарахноидального кровоизлияния, тяжестью общего состояния больных, наличием осложнений субарахноидального кровоизлияния, анатомическими особенностями аневризмы, а не способом исключения аневризмы из кровотока.

Ключевые слова: выключение, мешотчатая аневризма, кровоток.

ВСТУПЛЕНИЕ

Инсульт занимает ведущее место среди заболеваний как причина смерти и инвалидизации больных, принося государству огромный экономический ущерб [1,2]. Субарахноидальное кровоизлияние (САК) - одна из частных форм инсульта, ведущим этиологическим фактором которой является аневризматическая болезнь мозга [2,3]. Аневризмы передней мозговой передней соединительной артерии (ПМА-ПСА) являются наиболее частой анатомической формой мешотчатых аневризм передних отделов артериального круга, составляя до 30% от их числа [1,3,4]. В последние годы обострились дискуссии о месте и роли эндоваскулярных вмешательств в хирургии аневризм. До сих пор сохраняются разногласия между нейрохирургами и интервенционными радиологами в вопросах выбора тактики оперативного вмешательства, критериев отбора пациентов на тот или иной метод лечения, объема операции. Изучение результатов различных видов оперативных вмешательств, возникающих интраоперационных осложнений, выработка наиболее эффективной хирургической тактики являются актуальными задачами современной хирургии аневризм головного мозга, от решения которых во многом зависит возможность улучшения результатов лечения данной категории больных [6,7].

В отечественной литературе сравнению аспектов открытого хирургического и эндоваскулярного лечения аневризм в различные периоды кровоизлияния уделяется недостаточное внимание, что и послужило причиной настоящего исследования.

Цель работы. Оптимизировать тактику хирургического лечения аневризматической болезни головного мозга на основании сравнительного анализа эффективности внутрисосудистого и микрохирургического способов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в отделении неотложной сосудистой нейрохирургии ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова». С ноября 2008 по октябрь 2012 года проведен анализ результатов лечения 159 пациентов, у которых был разрыв аневризм ПМА-ПСА в остром периоде. В исследование были включены больные с аневризматическими субарахноидальными кровоизлияниями.

Все пациенты перед операцией были осмотрены неврологом, терапевтом, нейроофтальмологом, отоневрологом и анестезиологом. Состояние пациентов при поступлении оценено по шкале Хант-Хесс (Hunt W., Hess R., 1968). Состояние при выписке - по Шкале исходов Глазго (ШИГ) (Glasgow Outcome Scale) (Jennett B., Bond M., 1975).

Для диагностики САК основными диагностическими методами были компьютерная магниторезонансная томография (КТ), (МРТ) головного мозга, церебральная ангиография (ЦАГ) или магниторезонансная ангиография (МРА). Комбинация этих методов обследования позволяет полноценно оценить аномалии

интракраниальных артерий и наличие патологических очагов в головном мозге, локализацию артериальных аневризм (АА) (рис. 1, 2).

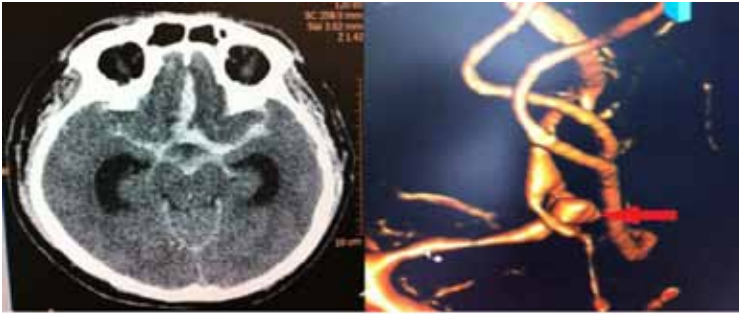
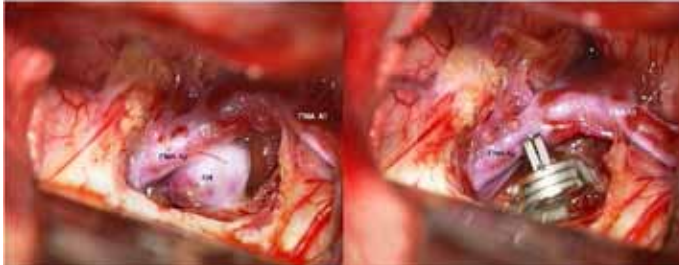


Рис. 1, 2. Компьютерная томография головного мозга и церебральная ангиография, 3D реконструкция

У всех пациентов, средний возраст которых составил 37 ± 8 лет, было выполнено 159 операций. По методу лечения пациенты были разделены на две основные группы. Эндоваскулярная (внутрисосудистая) операция проведена 18 больным (12 мужчин, 6 женщин) и микрохирургическое выключение мешотчатой аневризмы выполнено 141 больному (115 мужчинам, 26 женщинам) (рис. 3,4).



Эмболизация мешотчатой аневризмы

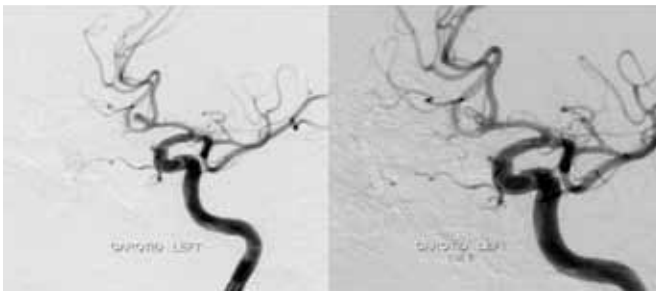


Рис. 3,4. Микрохирургическое выключение мешотчатой аневризмы

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обобщены результаты хирургического лечения больных с САК вследствие разрыва аневризм ПМА-ПСА в остром периоде. Результаты хирургического лечения по ШИГ (N. Kassell et al., 1991): хороший - 5 баллов, удовлетворительный - 4 балла, неудовлетворительный - 3 балла, вегетативный статус - 2 балла, летальный исход - 1 балл.

Хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты у 141 больного, неудовлетворительные - у 12, умерло 6 пациентов.

Результаты лечения больных, оперированных в первые 3 суток, были лучше, что объясняется менее выраженными в эти сроки явлениями отека-дислокации мозга и вазоспазма по сравнению с 4-14 сутками после разрыва АА, когда вазоспазм наиболее выражен.

С каждым годом увеличивалось количество хирургических вмешательств и в то же время увеличилась частота благоприятных исходов заболевания, уменьшалась доля неблагоприятных исходов и летальности. Различия данных по годам статистически достоверны: так летальность снизилась с 30-41% в 2008-2010г. до 17-18% в 2011-2012г. Доля благоприятных исходов заболевания возросла соответственно с 31-54% до 60-68%.

Результаты микрохирургического лечения в некоторой мере зависели от анатомического варианта строения сосудов переднего полукольца, фонового соматического статуса, выраженности церебрального ангиоспазма, метаболических и электролитных нарушений гомеостаза, появления вторичных ишемических поражений головного мозга, выраженности вегетативных нарушений.

При выполнении любых видов вмешательств по поводу аневризм во всех случаях стремились к радикальному выключению аневризм из кровотока. Традиционное суждение о том, что полное выключение аневризмы из кровотока является залогом профилактики повторного или первичного кровоизлияния, рецидива или увеличения аневризмы, заставляет рассматривать критерий радикальности в качестве основного показателя качества выполнения хирургического этапа лечения пациента с аневризматической болезнью.

ВЫВОДЫ

Результаты внутрисосудистого и микрохирургического лечения аневризматической болезни в остром периоде кровоизлияния преимущественно определяются формой и массивностью субарах-ноидального кровоизлияния, тяжестью общего состояния больных, наличием осложнений субарахноидального кровоизлияния, анатомическими особенностями аневризмы, а не способом выключения аневризмы из кровотока [6,7]. Микрохирургическое вмешательство (особенно реконструктивное), обеспечивает достоверно большую радикальность выключения аневризм из кровотока, по сравнению с эмболизацией аневризм микроспиральями.

Литература

1. Коновалов А.Н. Хирургическое лечение артериальных аневризм головного мозга. М.: Медицина. 1983.

2. Крылов В.В., Гельфбейн М.С. Использование контрлатерального птерионального доступа в хирургии аневризм головного мозга. Вопросы нейрохирургии. 1998, 4: 9-17.
3. Крылов В.В., Гельфбейн М.С. Современные подходы к диагностике и лечению артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций (по материалам XI Всемирного конгресса нейрохирургов). Нейрохирургия. 1998, 2: 43-54.
4. Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А., Педаченко Г.А. Сосудистая нейрохирургия. Киев: Здоровья. 1990.
5. Bavinzski G., Talazoglu V., Killer M. et al. Gross and microscopic histopathological findings in aneurysms treated with Guglielmi detachable coils. J. Neurosurg. 1999, 91 (2): 284-293.
6. Cockroft K., Marks M., Steinberg G. Planned direct dual-modality treatment of complex broadnecked intracranial aneuuiysms: four technical case reports. Neurosurgery. 2000, 46 (1): 226-231.
7. Yasargil M. Microsurgical anatomy of the basal cisterns and vessels of the brain, diagnostic studies, general operative techniques and pathological considerations of the intracranial aneurysms. Stuttgart; New York: Thieme. 1984, 1.

Ноуреддін А.Ю. Шахін., О.А. Цімейко, І.І. Скорохода,
В.В. Мороз, А.Д. Сидорак

Діагностика та хірургічне лікування аневризм передньої мозкової-передньої сполучної артерії

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
НАМН України»

Вступ. Інсульт є однією з провідних місць серед захворювань, як причина смерті та інвалідизації хворих, в результаті чого величезні економічні втрати для держави.

Мета. Оптимізувати хірургічне лікування аневризми захворювання головного мозку на основі порівняльного аналізу ефективності, ендovasкулярних і мікрохірургічних методів. Матеріали і методи. Дослідження проводилося у відділенні невідкладної судинної нейрохірургії Інституту нейрохірургії. Акад. А.П. Ромоданова. З листопада 2008 року по жовтень 2012 року, результати лікування 159 пацієнтів, у яких розрив аневризми в гострому періоді. У дослідження були включені пацієнти з аневризматичними субарахноїдальними крововидами.

Результати. При виконанні будь-якого виду втручання для аневризм у всіх випадках прагнуть до радикальних аневризму з кровообігу. Традиційне твердження, що повного відключення аневризми з кровотоку є ключем до профілактики повторних або первинні кровотечі, аневризми рецидиву або збільшення, змушує розглядати критерієм радикалізму як основний показник якості, хірургічний етап лікування пацієнт з хворобою аневризми. Висновки. Результати внутрішньосудинного та мікрохірургічного лікування аневризматичної хвороби в гострому періоді крововиливу переважно визначаються формою і масивністю субарахноїдального крововиливу, тяжкістю загального стану хворих, наявністю ускладнень субарахноїдального крововиливу, анатомічними особливостями аневризми, а не способом вимикання аневризми з кровотоку.

Ключові слова: виключення, мішковидна аневризми, кровоток.

A. Yu. Shahin Nouredin, O.A. Tsymeiko, I.I. Skorokhoda,
V.V. Moroz, A.D. Sydorak

Diagnosis and surgical treatment of aneurysms of the cerebral anterior communicating artery

Acad. A.P. Romodanov Institute of Neurosurgery, NAMS of Ukraine

Introduction. Subarachnoid hemorrhage (SAH) is one of the particular forms of stroke, the leading etiologic factor of which is aneurysmal disease of the brain [2,3]. Aneurysm of the anterior cerebral communicating artery is the most common anatomical form of saccular aneurysms of the anterior arterial ring making up 30% of their number.

Purpose. To optimize surgical treatment of aneurysmal disease of the brain on the basis of a comparative analysis of the effectiveness of endovascular and microsurgical techniques.

Material and methods. There was conducted analysis of treatment results of 159 patients who had ruptured aneurysm of the PMA PSA in the acute period from November 2008 to October 2012. The study included patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage.

Results. Results of microsurgical treatment were to some extent dependent on the anatomical structure of the vascular variant of the front D-rings, background somatic status, severity of cerebral vasospasm, metabolic and electrolyte imbalances of homeostasis, emergence of secondary ischemic brain lesions, severity of autonomic disorders.

Conclusions. Microsurgical intervention (especially reconstructive) provides significantly greater radicality of aneurysm exclusion from blood flow, compared with aneurysm embolization by coiling.

Key words: saccular aneurysm exclusion from the circulation.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

А.В. Шаверский, Ю.А. Орлов, В.С. Михалюк,
А.А. Свист, П.Н. Плавский, В.И. Зябченко,
Т.А. Малышева, О.Г. Черненко

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ МОЗЖЕЧКА У ДЕТЕЙ

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
НАМНУ», г. Киев

Вступление. Медуллобластома мозжечка являются наиболее распространенной злокачественной опухолью у детей. Статья посвящена результатам лечения, прогнозированию и качеству жизни у 361 ребенка с медуллобластомой мозжечка.

Цель. Ретроспективный анализ результатов лечения медуллобластом у детей на протяжении 22-летнего периода.

Материалы и методы. С 1980 по 2011г. в клинике лечился 361 ребенок с медуллобластомой. Они составили 18,2% от всех гистологически верифицированных опухолей у детей.

Результаты. Тотальное удаление опухоли выполнено у 36,8%, субтотальное у 52%, частичное у 9,4% и биопсия у 1,7% больных. Ликворшунтирующая операция дополнила удаление